

Miss. Montpellier
1893.

RELATION

N° 21

D'UNE

ÉPIDÉMIE DE ROUGEOLE

à Montpellier en 1892-93

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 29 Avril 1893

PAR

M. CHABRILLAT

Né le 7 Nov. 1862, à Coudes (Puy-de-Dôme)

Pour obtenir le grade de Docteur en médecine



MONTPELLIER

IMPRIMERIE GUSTAVE FIRMIN ET MONTANE

(Ancien Hôtel de la Faculté des Sciences)

1893

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. MAIRET. DOYEN
CARRIEU ASSESSEUR

Professeurs

Médecine légale et toxicologie.	MM. JAUMES.
Clinique chirurgicale.	DUBRUEIL (*).
Hygiène.	BERTIN-SANS.
Clinique médicale.	GRASSET.
Clinique chirurgicale.	TEDENAT.
Clinique obstétric. et gynécol.	GRYNFELT.
Anatomie pathologique et histologie . . .	KIENER (*).
Thérapeutique et matière médicale. . . .	HAMELIN (*).
Anatomie.	PAULET (O. * * *).
Clinique médicale.	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerv.	MAIRET.
Physique médicale.	IMBERT.
Botanique et hist. nat. méd.	GRANEL.
Opérations et appareils.	FORGUE.
Clinique ophtalmologique.	TRUC.
Chimie médicale et Pharmacie	VILLE.
Physiologie. HÉDON (ch. de c.)	N...
Pathologie interne RAUZIER (Ch. du c.) . .	N...

Doyen honoraire : M. BENOIT (O. * * *).
Profess. honor. : M. DUPRÉ (O. * C. *).

Chargés de Cours complémentaires

Clinique annexe des maladies des enfants. MM.	BAUMEL, agrégé.
Accouchements.	GERBAUD, agrégé.
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	BROUSSE, agrégé.
Clinique annexe des mal. des vieillards. .	SARDA, agrégé.
Pathologie externe	ESTOR, agrégé.
Histologie.	DUCAMP, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. SERRE	MM. SARDA	MM. RAUZIER
BAUMEL	ESTOR	LAPEYRE
GERBAUD	HEDON	MOITESSIER
GILIS	LECERCLE	
BROUSSE	DUCAMP	

MM. H. GOT, *secrétaire*.
F.-J. BLAISE, *secrétaire honoraire*.

Examineurs de la Thèse

MM. CARRIEU, <i>président</i> .	MM. BAUMEL, <i>agrégé</i> .
HAMELIN, <i>professeur</i> .	SARDA, <i>agrégé</i> .

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni imputation

A MA MÈRE

A MON PÈRE

A MA FEMME

CHABRILLAT.

A l'Université de Montpellier

CHABRILLAT.

A M. GRANEL

PROFESSEUR D'HISTOIRE NATURELLE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE
DIRECTEUR DU JARDIN DES PLANTES

A M. BAUMEL

PROFESSEUR-AGRÉGÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

CHABRILLAT.

INTRODUCTION.

La dénomination française et vulgaire de *rougeole* donnée à cette maladie, lui vient du phénomène le plus saillant qu'elle présente : la coloration rouge de la peau.

Depuis trente ans, l'étude de cette maladie a été si complète, qu'il paraît audacieux de vouloir y apporter quelques éléments nouveaux.

Cependant, la dernière épidémie de rougeole à Montpellier nous paraît devoir attirer, par quelques particularités, l'attention du monde savant.

Notre but, dans cette dissertation, n'est donc pas de faire une étude complète sur la rougeole ; mais, après en avoir donné une définition, après avoir esquissé les traits principaux de la maladie si bien décrite déjà par nos maîtres, nous nous réservons de faire ressortir les phénomènes particuliers à l'épidémie de Montpellier.

Avant d'entrer en matière, nous nous faisons un devoir de remercier ici les Professeurs de la Faculté de médecine, et en particulier MM. Granel et Baumel, pour les sages conseils qu'ils nous ont donnés pendant le cours de nos études.

RELATION
D'UNE
ÉPIDÉMIE DE ROUGEOLE

A Montpellier, en 1892-93

CHAPITRE PREMIER

ÉTUDE GÉNÉRALE SUR LA ROUGEOLE

« La rougeole, disait M. le professeur Monneret, est une affection aiguë, fébrile, contagieuse et épidémique, presque spéciale à l'enfance, caractérisée par une éruption exanthématique de taches papuleuses, rosées, irrégulières, et par une hyperémie catarrhale et sécrétoire de la membrane muqueuse des voies respiratoires. » Aujourd'hui, nous pouvons dire que la rougeole (*morbilli*) est une fièvre éruptive, épidémique et contagieuse, caractérisée par de petites taches roses sur la peau, avec catarrhe de toutes les muqueuses et lésions de presque tous les tissus.

Nous allons, dans ce chapitre, parler des lésions ordinaires

de la rougeole, des complications qui l'accompagnent et des manifestations qu'elle affecte dans les différents tissus.

Nous ferons ressortir, dans les chapitres suivants, les différences présentées par l'épidémie de Montpellier, avec le type normal de la maladie étudié jusqu'ici.

PEAU ET TISSU CELLULAIRE SOUS-CUTANÉ

Les lésions du tissu cellulaire sous-cutané sont extrêmement rares dans la rougeole. On peut observer un épaississement de l'épiderme, et, lorsque la maladie se prolonge, des plaques noirâtres sur les mains et le devant de la poitrine indiquant un vice de nutrition de la peau.

L'œdème est beaucoup plus rare encore. Barthez et Rilliet, Lombart, n'en citent que 3 ou 4 cas, et nous n'avons pas connaissance que d'autres auteurs en aient signalé.

SYSTÈME LYMPHATIQUE

Les altérations du système lymphatique sont fréquentes ; les ganglions du cou et du mésentère principalement, sont souvent engorgés. Il est permis de se demander si cet engorgement n'est pas plutôt occasionné par les lésions des organes voisins, que par l'empoisonnement général de la maladie elle-même.

Il est incontestable qu'en présence des ulcérations de la bouche et du tube digestif, et même des organes génitaux, cette opinion que nous émettons n'a rien d'inacceptable. Quant

à la distinction que voudraient établir quelques auteurs entre la rubéole et la rougeole, basée sur la présence ou l'absence de cette tuméfaction des ganglions, elle ne nous paraît pas justifiée.

APPAREIL RESPIRATOIRE

Fosses nasales. — Dès le début de la maladie, le catarrhe des fosses nasales provoque des démangeaisons douloureuses et des éternuements fréquents : une sécrétion nasale abondante s'établit.

Peu à peu, la muqueuse s'épaissit, s'ulcère, et se recouvre même de fausses membranes. Dans ce dernier cas, des lésions diphtéritiques se rencontrent d'ordinaire dans la bouche, le larynx ou le pharynx.

Quant aux ulcérations simples qui ont été observées dans presque tous les cas de rougeole, il nous paraît qu'on doit les rapporter, pour une bonne part, aux enfants eux-mêmes.

Il n'est pas un médecin qui ne puisse se rendre compte combien il est difficile d'empêcher un enfant de se déchirer le nez avec les doigts.

Larynx. — Les lésions laryngées de la rougeole sont très nombreuses et très variables comme gravité. A côté d'une simple hyperémie de la muqueuse, on trouve des accidents inflammatoires intenses et des ulcérations profondes.

Cette forme ulcéreuse, très bien étudiée par M. Coyne, présente elle-même deux types principaux : la nécrose ou la suppuration des tissus.

Dans l'un ou l'autre cas, les muscles sous muqueux sont fréquemment altérés.

POUMONS, BRONCHES ET PLÈVRE

Dès la période d'invasion, le catarrhe bronchique est la règle pour les malades : la voix est rauque, la toux sèche et quinteuse. Dans les cas légers, dès la période d'éruption ou à son déclin, la toux devient plus *grasse*, et sauf de rares exceptions où il n'y a aucune expectoration, le malade fait des crachats jaunâtres et pelotonnés, nageant dans un liquide plus ou moins clair.

Malheureusement ces cas sont rares, et le pas qui sépare le catarrhe bronchique de la bronchite capillaire, de la broncho-pneumonie et de la pneumonie, est vite franchi.

La bronchite capillaire existe rarement seule, et complique le plus souvent la broncho-pneumonie.

La broncho-pneumonie est, de toutes les maladies intercurrentes, la plus importante et la mieux connue : la plus importante, parce qu'elle complique très souvent, d'une façon grave, la maladie primitive ; la mieux connue, car elle a été admirablement étudiée par un grand nombre d'auteurs.

Qu'il nous soit permis de citer MM. Rilliet et Barthez, Trousseau, et les thèses de MM. Damaschino et Blanckaert.

Ce qu'il faut surtout remarquer, c'est que la broncho-pneumonie est beaucoup plus dangereuse pendant les prodromes de la maladie, que pendant l'éruption ou à son déclin. De plus, il faut accorder dans l'étiologie et le pronostic de cette complication, une part considérable à l'âge des malades, et il faut chercher les victimes parmi les enfants d'une constitution chétive, âgés de moins de 3 ans. Quant à la broncho-pneumonie secondaire, que M. Jules Carret, dans sa thèse inaugurale,

appelle phtisie pneumonique morbilleuse, elle est presque toujours mortelle. Nous nous réservons d'apporter quelques faits nouveaux à l'étude de cette complication de la rougeole.

La pleurésie primitive, sans autres complications, est extrêmement rare.

Barthez et Rilliet, Dehaut et Moynier, n'en citent qu'un cas chacun.

Nous avons eu l'occasion d'en constater deux nouveaux cas.

Enfin, il est généralement admis que la tuberculose pulmonaire vient souvent compliquer les suites de la rougeole.

APPAREIL CIRCULATOIRE

A la suite de la rougeole, la péricardite est rare ; cependant, elle est prouvée.

Elle a été signalée par J. Frank, Barthez et Rilliet, Gintrac, Dufour, et quelques autres.

L'endocardite est un peu plus fréquente ; elle a été démontrée par Bouillaud, Rilliet et Barthez, Stokes, Wunderlich et Collinot. Dans la plupart des cas, la valvule mitrale est seule atteinte.

Cependant, on cite des lésions de la tricuspide et des valvules mitrales.

Enfin, une lésion qui n'a pu être démontrée anatomiquement et qui, néanmoins, doit exister fréquemment, surtout chez les très jeunes enfants, est la myocardite ; il ne nous semble pas téméraire de lui attribuer une part dans la dépression du poulx.

TUBE DIGESTIF

Nous nous permettrons, dans cet exposé, de citer presque textuellement le Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales :

« La bouche offre le plus souvent un léger degré de stomatite concordant avec l'éruption ; il n'est pas rare que l'inflammation prenne l'aspect ulcéreux et revête tous les caractères de la stomatite ulcéro-membraneuse.

» On rencontre aussi des plaques de diphtérie sur la face interne des lèvres, sur la langue. De plus, la gangrène de la bouche, avec une destruction d'une partie de la joue et quelquefois avec nécrose du maxillaire, est une des graves lésions que l'on observe. De même que la bouche, le pharynx est le siège d'une inflammation érythémateuse fréquente ; quelquefois elle prend une intensité plus grande et devient ulcéreuse.

» Ces ulcérations coïncident souvent avec celles de la stomatite ulcéro-membraneuse et sont de même caractère.

» Les lésions intestinales sont nombreuses ; elles consistent le plus communément en une inflammation érythémateuse de la muqueuse intestinale, avec développement considérable des follicules, tuméfaction et rougeur des ganglions mésentériques ; plus rarement elles se traduisent par l'épaississement, le ramollissement, l'ulcération de la muqueuse.

» Les lésions sont plus fréquentes dans le gros intestin, notamment dans le cœcum, l'S iliaque et le rectum ».

Nous ajoutons que la diarrhée, qui est la règle dans ces cas,

peut devenir un réel danger, que l'on doit toujours combattre. Les reins sont rarement atteints ; Barthez et Rilliet, Lombart en citent 3 cas dont nous avons déjà parlé au sujet de l'hydro-pisie générale et de l'œdème du tissu cellulaire sous-cutané.

APPAREIL DE L'OUÏE

Les lésions de la bouche et du pharynx se transmettent très facilement à l'oreille moyenne par la trompe d'Eustache. Il ne nous semble pas téméraire d'affirmer que presque tous les cas de rougeole s'accompagnent d'une inflammation, plus ou moins vive de l'oreille moyenne.

Aussi, ne croyons-nous pas qu'on puisse discuter aujourd'hui, l'opinion de Cordier, qui, sur 23 autopsies de sujets morts de rougeole, a trouvé dans tous les cas, à des degrés divers, des lésions de la trompe, de la muqueuse du tympan et de l'oreille moyenne.

Si, dans un grand nombre de cas de rougeole, cette lésion n'est pas appréciable, cela tient à ce que le catarrhe étant bénin ne provoque ni douleurs, ni suppuration ; il n'en existe pas moins.

APPAREIL DE LA VISION

Ce que nous venons de dire de l'organe de l'ouïe, peut s'appliquer à l'appareil de la vision : le catarrhe oculaire est la règle. Mais si, dans la plupart des cas, la lésion est peu gra-

ve, elle présente parfois par sa localisation, un caractère particulier de malignité.

Ces exceptions sont heureusement fort rares; qu'il nous suffise de citer l'ophtalmie granuleuse, la kératite ulcéreuse, l'ophtalmie purulente ou diphtéritique.

CHAPITRE II

§ 1^{er}

Quel que soit l'agent infectieux de la rougeole, agent qui n'a pu encore être trouvé d'une façon certaine, nous n'avons pas besoin de dire que son principe microbien ne nous paraît pas douteux.

En tout cas, il est admis, il est même prouvé que la rougeole se transmet de l'homme malade à l'homme sain, de trois façons différentes :

- 1° Par l'air ambiant ;
- 2° Par le contact direct ;
- 3° Par l'inoculation.

1° TRANSMISSION PAR L'AIR AMBIANT

Cette transmission, admise par tous les auteurs, s'explique facilement pour la rougeole, comme pour toutes les maladies contagieuses.

L'air inspiré contenant de nombreux micro-organismes, détermine de nouvelles manifestations de la maladie chez les

sujets dont les muqueuses ont reçu un nombre suffisant d'agents infectieux.

C'est ce qui explique, d'ailleurs, que la rougeole, à l'état endémique, dans toutes les villes un peu importantes, cause d'une façon plus ou moins périodique des ravages considérables par une épidémie que rien ne faisait prévoir.

Il est à remarquer, toutefois, que les saisons irrégulières, les époques froides et humides, en particulier le printemps et l'automne, ont une influence sérieuse sur la production de ces épidémies.

2° TRANSMISSION PAR CONTACT DIRECT

Moins encore que la précédente, la transmission par contact direct n'est discutée. Mais si l'on aborde la période de la maladie à laquelle se fait cette transmission, on se trouve en présence d'opinions contradictoires.

Dès 1865, M. le D^r Girard, professeur de clinique interne à l'Ecole de médecine de Marseille, écrivait à la Société médicale des hôpitaux de Paris, en s'appuyant sur un certain nombre d'observations, que :

1° La transmission des fièvres éruptives se fait dès le premier jour, alors qu'apparaît la fièvre d'invasion ;

2° Passé la période d'invasion, la contagion n'a plus lieu.

Cette opinion était en contradiction avec celle admise jusqu'à ce jour, que la contagion des fièvres éruptives a lieu surtout au moment de la desquamation des exanthèmes, de la suppuration et de dessiccation des éruptions pustuleuses.

Aussi les propositions de M. Girard suscitèrent-elles une opposition générale dans le sein de cette Société.

Depuis, dans un mémoire remarquable paru en 1872 dans

le *Montpellier médical*, M. le docteur Dumas, de Cette, a prouvé d'une façon à peu près indiscutable, que la transmission de la rougeole pouvait se faire dès la première heure de la période d'invasion, alors que l'enfant peut encore sortir et se livrer à ses jeux. M. le docteur Dumas conclut que, par suite, l'isolement consécutif des enfants est inutile, et qu'il reste à démontrer que la contagion peut se produire pendant les autres périodes.

Cette démonstration a été faite.

Déjà, en 1869, M. le Professeur Girard, tout en maintenant sa première proposition, avait admis la contagion aux autres périodes de la maladie. On ne peut admettre, en effet, si on n'accepte pas la contagion à cette époque, que des malades entrant en pleine éruption dans un hôpital où ne se trouve aucun cas de rougeole, puissent propager une épidémie dans cet hôpital. Le fait cependant se reproduit presque tous les ans.

Nous placerons ici l'observation du jeune Cairère, qui nous en fournit un exemple, et nous donne de nouvelles notions sur le temps de la période d'incubation.

OBSERVATION PREMIÈRE

Cairère (Auguste), âgé de 4 ans, est entré à l'Hôpital-Général le 9 janvier 1893, dans le service de M. le docteur Baumel. Il a été conduit presque immédiatement dans la salle d'isolement préparée pour recevoir les malades atteints de rougeole. Cet enfant est souffrant depuis deux ou trois jours, il a mal à la tête, aux yeux, et a la diarrhée. La température n'a pas été prise le soir de son entrée.

Le 10, temp. matin 38° 9, soir 38° 3.

A la visite du matin, une éruption caractéristique très abon-

dante se montre sur la face ; elle est plus faible sur le tronc et les membres. A l'examen de la gorge, la luette, le voile du palais et les amygdales sont rouges et congestionnés. L'enfant tousse un peu ; mais à l'auscultation, on n'entend que quelques râles disséminés à gauche.

Le 11, temp. matin $38^{\circ} 2$, soir $37^{\circ} 8$. Même état : yeux larmoyants, avec une légère photophobie.

Le 12, temp. matin 38° , soir $37^{\circ} 4$.

La diarrhée persiste. A l'auscultation, on constate toujours des râles sonores ; quelques râles sous-crépitants à gauche. Accidents de blépharo-conjonctivite.

Le 13, temp. matin $37^{\circ} 2$, soir $36^{\circ} 6$.

L'éruption commence à s'affaïsser : il ne reste plus sur le corps qu'une légère teinte roséolique. La diarrhée a cessé ; la blépharo-conjonctivite persiste.

A partir du 14, plus de fièvre.

L'éruption tend à disparaître complètement ; la desquamation commence à la face.

Le malade entre bientôt en convalescence, mais conserve pendant 2 mois une blépharo-conjonctivite, pour laquelle il a été traité à la clinique ophtalmologique.

Ce malade qui, sauf les complications du côté de l'organe de la vision, a eu une rougeole normale légère, est le premier traité à l'hôpital pour cette maladie.

Il est entré le 9 janvier avec une éruption commencée. Or, le 14 et le 15 janvier, plusieurs cas nouveaux se sont déclarés. Il nous paraît donc indiscutable de les rapporter à l'entrée de Cairère. De plus, la période d'incubation, qui est ici facile à constater, ne peut avoir dépassé 5 ou 6 jours. D'ailleurs, si cette période paraît un peu en contradiction avec les chiffres

de 8, 10, 12, 14 jours et plus même admis jusqu'ici, M. Boyer a vu, lui aussi, la période d'incubation ne durer que 5 jours.

3° TRANSMISSION PAR INOCULATION

Home, Michaël de Katona, Speranza, Locatelli, Mayr ont communiqué la rougeole par inoculation : les uns, au moyen de sang recueilli de petites incisions pratiquées au niveau des plaques morbilleuses ; les autres, au moyen des sécrétions salivaires et nasales. La sécrétion lacrymale a donné les mêmes résultats.

§ II

M. le docteur J. Sacaze, secrétaire de la Société de médecine et chirurgie pratiques de Montpellier, a rendu compte dans le nouveau *Montpellier médical* (n° 12, 1893), d'une discussion élevée au sein de cette société, au sujet des cas de rougeole observés dans la ville.

Le premier cas, signalé par M. le docteur Espagne, est du 16 novembre 1892.

Depuis cette époque, la maladie a fait des progrès assez rapides pour mériter le nom d'épidémie, et d'après nos renseignements particuliers, nous ne croyons pas exagérer en estimant à 400 ou 500 le nombre des cas confirmés.

350 ou 400 cas se rapportent à des enfants non assistés des divers quartiers de la ville ; 80 à des enfants assistés ou soignés dans les hôpitaux. Cependant ce n'est que le 9 janvier

1893, que M. le docteur Baumel eut à constater, à l'Hôpital-Général, un cas de rougeole dans son service des enfants.

C'est avec beaucoup de raison que le chef de cet important service des maladies des enfants attribue à l'isolement relatif de ses jeunes malades dans ses salles, le retard apporté dans l'éclosion de l'épidémie à l'Hôpital.

Dès ce jour, 9 janvier, date de l'entrée du jeune malade atteint de rougeole (et dont nous publions plus haut l'observation), malgré un isolement sévère, après une période d'incubation de 4 ou 5 jours, qui nous mène jusqu'au 14 ou 15 janvier, les cas se multiplient et arrivent en un mois et demi au chiffre de 38 et 40.

Nous nous permettrons de faire remarquer ici, en faveur de la transmission de la maladie à la période d'éruption, que, malgré l'épidémie régnant en ville, aucun cas ne s'était produit à l'hôpital; que, depuis l'entrée du jeune Cairère, les cas se sont multipliés, et que les premiers ne se sont produits qu'après une période d'incubation de 5 jours, et seulement chez des enfants entrés avant lui pour des maladies absolument distinctes. Quelques-uns même des malades atteints étaient en traitement dans différents services depuis plusieurs mois.

M. Espagne cite cependant le cas suivant : « Un enfant de 13 mois, récemment sevré au moment d'une rougeole confluente dont il était atteint, n'a pas communiqué sa maladie, malgré la proximité du contact, à son frère de lait, âgé de 3 mois, et que sa mère avait pris en nourrice que l'on avait placé dans le même berceau. » Ce fait, qui semble de prime abord être en contradiction avec l'opinion admise de la transmission à la période d'éruption, nous paraît tout au plus expliquer la rareté des cas de rougeole chez les enfants au-dessous d'un an, par suite d'une immunité spéciale.

Jusqu'à ces dernières années, le nombre des enfants atteints

de rougeole au-dessous d'un an était assez rare, pour avoir été mis en doute. M. le docteur Espagne, sur les 44 cas traités par lui, en cite 3; M. le docteur Baumel en cite 2, observés par nous dans son service à l'hôpital.

OBSERVATION II

La nommée Baron (Emilie), âgée de 2 mois, est entrée le 12 janvier 1893, à l'hôpital général, service de M. le docteur Baumel, crèche n° 4, accompagnée de sa mère comme nourrice.

L'enfant, examinée le lendemain, paraît très fatiguée; elle a mal dormi la nuit, et a vomé plusieurs fois dans la matinée. La mère interrogée déclare que son enfant a la diarrhée depuis 3 ou 4 jours. Elle ne tousse pas. L'examen de la bouche révèle que les lèvres, les joues et la langue sont couvertes de muguet; de plus on trouve un léger érythème interfessier.

Pas de température.

La malade reste pendant 8 jours dans le même état: le muguet, traité, a presque complètement disparu.

Le 20 janvier au matin, avec une température de 37° 5, M. le docteur Baumel constate à la visite une éruption confluyente de rougeole à la face.

Il fait immédiatement évacuer la malade et sa mère sur la salle d'isolement.

21 janvier. — Matin, 37° 2, soir 37° 1.

La malade a été agitée toute la nuit; les yeux sont larmoyants, et les narines laissent couler un liquide demi-fluide. L'éruption ne tend pas à disparaître.

22 janvier. — Même état, pas de température.

23 janvier. — Même état, pas de température.

24 janvier. — L'éruption disparaît ; diarrhée verte ; pas de température.

25 janvier. — Nuit très agitée, diarrhée verte, pas de signes de bronchite, pas de température.

27 janvier. — L'enfant va beaucoup mieux et part le 28 en pleine convalescence, emmenée par sa mère.

OBSERVATION III

La nommée Riboullet (Berthe), âgée de 8 mois, est entrée le 23 novembre 1892, à l'hôpital général, dans le service de M. le docteur Baumel, crèche n° 1.

A son entrée, cette enfant, qui ne tette plus depuis 4 mois, présente sur les joues, la langue et le voile du palais des plaques de muguet considérables.

Rien à noter jusqu'au 4 février.

Le 4 au matin, l'enfant a les yeux larmoyants, le nez enchyfrené et tousse beaucoup ; de plus, on remarque quelques rougeurs sur diverses parties du corps. M. le docteur Baumel fait prendre sa température et envoie la malade à la salle d'isolement.

Le 5 février au matin, temp. 38° 9, le soir 39° 6.

L'éruption sur la face est très nette ; la malade tousse toujours beaucoup ; signes de bronchite simple.

6 février. — Temp. matin 40° 3, soir 40° 4.

Malade assoupie, même état.

7 février. — Temp. matin 38° 7, soir, 37° 8. L'éruption tend à disparaître, la desquamation commence sur la face. L'enfant

est de plus en plus assoupie et refuse de têter ; râles sous-crépitaux des deux côtés de la poitrine.

8 février. — Temp. matin 39° 6, soir 39° 4, même état.

9 février. — Temp. matin 37° 8, soir 38° 2, même état. Conjonctivite simple.

10 février. — Temp. matin 38° 5, soir 39°. La malade sommeille, a passé une meilleure nuit.

11 février. — Temp. matin 38° 4, soir 36° 7. La malade entre en convalescence ; les signes de bronchite disparaissent, seule la conjonctivite persiste encore pendant quelques jours.

Nous avons tenu à donner ces 2 observations de rougeole légère chez des enfants âgées de 2 à 8 mois : elles ne présentent pas d'autre intérêt que l'âge des malades qui les ont inspirées.

Les autres cas de rougeole que nous avons observés dans le service de M. le docteur Baumel, se classent, quant à l'âge, ainsi qu'il suit :

De 1 à 2 ans.	7.
De 2 à 3 ans.	3.
De 3 à 4 ans.	9.
De 4 à 5 ans.	7.
De 5 à 6 ans.	6.
De 7 et au-dessus.	7.

Sur les 44 cas observés par M. le docteur Espagne, la proportion est sensiblement la même :

De 1 à 2 ans.	7.
De 2 à 3 ans.	5.
De 4 à 5 ans.	2.
De 5 à 6 ans.	7.

Quant à l'influence du sexe sur l'évolution de la rougeole, tous les auteurs jusqu'ici l'ont considérée comme nulle ; l'épidémie de Montpellier n'infirmera pas cette opinion.

CHAPITRE III

L'épidémie de Montpellier n'a pas présenté, sauf quelques exceptions, un caractère particulier de gravité.

M. le docteur Espagne a dit avec raison que la marche de la maladie avait été conforme à la règle commune, et qu'il n'y avait eu aucun cas de mort pendant sa durée.

Toutefois les complications qui ont aggravé le pronostic de la maladie, et ont occasionné un nombre de décès assez élevé, nous paraissent, du moins en partie, devoir arrêter notre attention.

Nous ne voulons pas nous étendre longuement sur la broncho-pneumonie, qui est la complication type de la rougeole. Elle a été trop bien étudiée, pour que nous pensions pouvoir ajouter quelque chose à son étude. Seule, ou jointe à la pleurésie, elle a causé le tiers des décès.

Quant à la pleurésie primitive, indépendante de la pneumonie, nous avons eu l'occasion d'en observer deux cas dans le service de M. le docteur Baumel ; nous croyons devoir les rapporter ici.

OBSERVATION IV

Sayris (Andréa), âgée de 10 ans et demi, est entrée, le 25 janvier 1893, dans le service de M. le docteur Baumel.

Elle présentait depuis la veille une éruption rubéolique très confluyente sur la face et le devant de la poitrine ; dès son entrée à l'hôpital, elle a été dirigée sur la salle d'isolement (filles).

Le 25 janvier, temp. matin 39° 8, soir 40° 4.

Malade depuis 8 jours, n'a pas eu de vomissements ni de diarrhée. L'éruption est très abondante sur la face et le devant de la poitrine. On remarque quelques plaques rouges sur les membres inférieurs ; les yeux sont larmoyants et l'écoulement nasal assez abondant.

La malade tousse beaucoup, est oppressée et se plaint d'un point de côté à droite depuis plusieurs jours.

Diminution des vibrations thoraciques, submatité ; à l'auscultation, diminution du murmure vésiculaire, souffle doux à l'expiration, égophonie.

26 janvier. — Temp. matin 38°, soir 39° 8, même état, mêmes signes.

27 janvier. — Temp. 38° 2, soir 38° 5.

L'éruption commence à pâlir ; la pleurésie reste stationnaire.

28 janvier. — Temp. matin 38° 2, soir 39° 5.

L'éruption a presque complètement disparu, la desquamation commence sur la face.

29 janvier. — Temp. matin 37° 6, soir 39° 4.

Plus de traces d'éruption, la desquamation continue. A l'auscultation, l'épanchement pleurétique paraît se résorber, la malade se sent mieux.

30 janvier. — Temp. matin 38° 7, soir 39° 4.

Rien de particulier.

31 janvier. — Temp. matin 37° 8, soir 38°.

L'épanchement pleurétique est presque entièrement résorbé.

De ce jour la fièvre a disparu, la malade est entrée en convalescence, et le 10 février elle était complètement rétablie.

Nous avons cru devoir ajouter cette observation aux cas assez rares publiés jusqu'ici.

Nous devons y joindre un autre cas aussi net, celui de Agral (Jeanne), âgée de 1 an 1/2, entrée le 26 janvier dans le service de M. le docteur Baumel pour rougeole, et présentant le 30 tous les symptômes d'une pleurésie franche à gauche.

Les complications diphtéritiques ont été rares et n'ont pas présenté de gravité. A la Société de médecine et de chirurgie pratiques de Montpellier, M. Brousse a cependant fait connaître que M. le docteur Breton avait vu plusieurs cas de rougeole se terminer par une angine diphtéritique. M. Espagne, dans la même séance, a dit que dans un cas observé par lui la convalescence avait été entravée par une longue diphtérie cutanée qui s'était développée sur un vésicatoire. Nous n'avons vu aucun cas de diphtérie survenir à l'hôpital général chez les 40 malades de M. le docteur Baumel.

Par contre, nous avons pu nous rendre compte que la rougeole survenant chez des malades en traitement pour des maladies plus ou moins graves, a rarement augmenté le danger de ces maladies, pas plus qu'elle n'a vu changer par elle son cours régulier et normal.

Nous avons sous les yeux les observations d'un grand nombre de malades atteints d'athrepsie, d'ictère, de mal de Pott, de gros ventre et d'hydrocéphalie qui ont pris la rougeole à l'hôpital.

Cette rougeole a été légère et n'a pas aggravé la maladie sur laquelle elle était greffée. Dans le dernier cas seulement elle a eu une issue funeste : l'enfant, âgé d'un an seulement, est mort chez ses parents des suites de sa rougeole, après avoir été traité plus d'un mois à l'hôpital.

Il est une complication sur laquelle nous demandons à attirer plus longuement l'attention. C'est la broncho-pneumonie secondaire de la rougeole.

Cette complication, qui est presque toujours suivie de mort, a été étudiée jusqu'ici par beaucoup d'auteurs d'opinions différentes. Nous emprunterons dans cette étude beaucoup d'éléments à la thèse de M. Jules Carret (Paris, 1871.)

« Dans la rougeole anormale et secondaire, la broncho-pneumonie est beaucoup plus sévère que dans la rougeole primitive ; sa mortalité dans la première est, d'après MM. Barthez et Rilliet, de 7 sur 8 ; dans la deuxième la guérison est plus fréquente que la mort.

» La marche de cette complication est habituellement aiguë et se termine assez promptement par la mort. Quand elle se résout, elle dure plus longtemps et atteint souvent 10, 20, 40 jours ; on la voit quelquefois se prolonger au-delà, prendre l'apparence chronique et faire croire par ses symptômes généraux et locaux à l'existence d'une tuberculose pulmonaire ; l'autopsie cependant ne décèle que des abcès du poumon. On a vu ces abcès perforer la plèvre et déterminer la formation d'un pneumo-thorax.

» Etant donné la fréquence de la tuberculose à la suite de la rougeole, le diagnostic est en pareil cas très difficile. » (*Dict. encyclop. des sciences médicales.*)

Voilà très bien décrite l'affection dont nous voulons nous occuper. De son côté, M. Rilliet a dit : « Les médecins anciens, privés des lumières de l'anatomie pathologique, devaient croire la phtisie suite de rougeole plus fréquente qu'elle ne l'est réellement, car ils regardaient comme phtisiques presque tous les enfants qui, à la suite de l'exanthème, succombaient à une maladie de poitrine dont la marche avait été subaiguë ou chronique, tandis que nous avons démontré, M. Barthez et moi, que les broncho-pneumonies lobulaires marchant avec lenteur

étaient quelquefois des reliquats de la fièvre éruptive et en imposaient pour une affection tuberculeuse. »

La broncho-pneumonie secondaire de la rougeole est donc une affection chronique se rapprochant beaucoup par ses symptômes de la tuberculose pulmonaire ; elle en diffère par l'absence de tubercules et des lésions anatomo-pathologiques propres.

Nous ne concluerons pas de là que la rougeole n'a aucune influence sur le développement des tubercules et qu'il n'existe pas des cas de broncho-pneumonie compliquée de tuberculose. Nous voulons seulement faire ressortir qu'il existe à la suite de la rougeole une broncho-pneumonie spéciale qui a été dénommée par M. Carret. Phtisie pneumonitique morbilleuse. (Phtisie avec la signification grecque $\varphi\theta\iota\omega$, consumer) et que nous nous contenterons de dénommer broncho-pneumonie secondaire de la rougeole.

M. Carret, dans sa thèse inaugurale de Paris, 1871, en a donné une étude si claire, si nette et si complète que malgré les cas nouveaux que nous avons pu observer nous trouvons peu de chose à y ajouter.

« *Caractères cliniques.* — L'enfant guérit de sa rougeole, il est à peu près bien portant, toutes ses fonctions s'exécutent, il mange, il digère, la nutrition s'opère dans de bonnes conditions, il se lève même et se livre aux jeux de son âge, sans paraître malade ; il toussé un peu pendant 15 jours, trois semaines, un mois. Il maigrit légèrement ou bien il se maintient dans un état de santé apparente, et si on l'ausculte, on constate à peine la présence de quelques bulles dans la poitrine. Bientôt, cependant, l'enfant s'anémie, le soir la peau devient brûlante, il y a un peu d'agitation la nuit, sa toux persiste, le lendemain matin il se lève et apparaît le soir un peu abattu avec la même fièvre que les jours précédents. Enfin

les symptômes s'accroissent de plus en plus, l'abattement devient plus considérable, les fonctions digestives s'altèrent ; parfois même il survient un peu de diarrhée ; l'enfant est somnolent, il a de l'anorexie, de la soif la nuit, et si on l'ausculte à ce moment, on trouve quelques râles sous-crépitaux. Le soir, la température ne dépasse guère 38° 3, 38° 4, le matin elle est à 37° 8 ; la langue est un peu saburrale. Si, à cette époque, on vient à lui administrer un purgatif, la diarrhée augmente pendant plusieurs jours.

Bientôt les râles sous-crépitaux deviennent plus nombreux, la fièvre plus intense ; le malade devient pâle, il garde le lit et le pouls est à 120-124 ; il commence à acquérir de la fréquence, car il était antérieurement à 90. Bientôt on entend de la respiration soufflante, il survient des quintes de toux, la fièvre augmente ; la température est à 38° 5 le matin, le soir à 39° 2 ; la nutrition ne se fait point. La respiration s'accroît et on entend des râles sous-crépitaux peu nombreux, le plus souvent des deux côtés de la poitrine.

Il faut remarquer que chez les enfants on n'observe jamais de crachats et qu'on est ainsi toujours privé des éléments les plus importants du diagnostic. On verra dans les observations que nous publions que la percussion n'offre pas des signes aussi certains qu'aux autres époques de la vie. En effet, la pneumonie lobulaire étant constituée par des noyaux d'hépatation disséminés dans les poumons, il en résulte que la percussion ne fait entendre aucune matité, de même que l'auscultation ne fait reconnaître d'autre bruit qu'un râle sous-crépitant, disséminé comme les noyaux d'hépatation.

L'enfant continue à maigrir, il devient cachectique ; à l'auscultation on constate toujours les mêmes râles et du souffle bronchique : les quintes de toux se répètent ; dans certains cas cependant la toux n'est pas très fréquente ; souvent aussi il existe de la diarrhée. A ce moment, on constate des oscillations

extrêmes : le pouls, de 150 descend à 120, 110 ; la température, de 39° 5, s'abaisse à 38° et même à 37°.

Enfin, vers les dernières périodes de la maladie, on remarque, en général, que la température demeure assez basse : 38°, 39° ; le pouls, cependant, est à 140 et la respiration à 80.

On voit donc qu'il faut juger la gravité de la maladie par le pouls et la température.

La maladie, dans ces cas, se termine ordinairement par la mort ; l'enfant s'affaïsse progressivement et meurt. Cependant la guérison peut survenir, comme nous l'avons nous-même observé dans le service de M. Labric, et comme le prouvent MM. Ragon et Burnet.

Caractères anatomiques.— Les caractères nécroscopiques de cette altération offrent quelques variétés, mais il s'agit d'une hépatisation chronique... avec des points, des ilots plus ou moins anciens. Tantôt c'est une pneumonie lobaire ; souvent elle est lobulaire, enfin elle peut aussi, dans certains points, être vésiculaire. Quant à la forme lobaire, le tissu pulmonaire est induré, et souvent, au niveau de la plèvre, il existe quelques fausses membranes récentes. La coupe offre un aspect jaunâtre, le tissu est sec ; sur les limites on voit la transition avec le tissu rouge hépatisé, et, à ce niveau, il y a du muco-pus dans les petites bronches et dans les bronchioles.

Histologiquement, on trouve des éléments cellulaires à noyaux de 7 à 8 millimètres, avec de petits corps granuleux abondants sans gros éléments ; lorsque la coupe porte sur les bronchioles, on constate quelques éléments épithéliaux cylindriques.

L'aspect général des lobules est granulo-graisseux, la coupe est plane et ne présente pas de granulations ; souvent du côté opposé, existent des points lobulaires jaunes au centre, et rou-

ges à la périphérie. De plus, en examinant de près, on voit de petits points blanchâtres qui ne sont autres que la lumière des bronchioles, et souvent, autour de ces petites bronches, le tissu pulmonaire est rouge et forme une sorte d'auréole autour de la bronche. Enfin, dans d'autres cas, on voit de petits points blanchâtres disséminés ou agglomérés qui sont constitués par de petits éléments, les uns plus gros, ce sont des vésicules enflammées.

Dans aucune de nos observations nous n'avons trouvé de granulation tuberculeuse soit dans les poumons, soit dans les plèvres, soit dans les organes.

Les ganglions bronchiques et mésentériques étaient parfois un peu gros, rouges, mais sans matière caséeuse ni jaunâtre.

Diagnostic. — Le diagnostic de la pneumonie chronique morbilleuse peut parfois être assez simple, lorsqu'on a pu suivre l'enfant après sa maladie et qu'on a vu évoluer la phlegmasie pulmonaire : d'autres fois, au contraire, comme le dit très bien M. Vulpian, il présente de sérieuses difficultés.

Ce qu'il y a de remarquable, c'est que la pneumonie ne débute pas d'emblée ; elle progresse lentement, pour arriver à son apogée, ainsi qu'on le voit dans plusieurs de nos observations. Alors, ou bien la pneumonie se résout progressivement, après avoir donné naissance à des phénomènes fébriles s'exagérant surtout le soir, et peu à peu le poumon, dans l'espace de 3 semaines, un mois, revient à son état normal : l'état général est meilleur et la guérison peut être définitive. D'autres fois, au contraire, le malade succombe aux progrès de la phlegmasie ou bien à une poussée tuberculeuse.

Les deux points principaux pour le diagnostic sont : d'une part, la cachexie, la phtisie, et d'autre part, les bruits morbides. Nous voyons donc en premier lieu que cette maladie peut être

confondue avec la tuberculose chronique, avec une dilatation bronchique, avec une pleurésie purulente chronique et peut-être même avec le catarrhe pneumonitique des enfants s'accompagnant de diarrhée et de phénomènes cachectiques.

Nous sommes donc, dans ce travail, en présence de difficultés sérieuses, et, sans avoir la prétention de vouloir les résoudre toutes, nous tâcherons de tirer de nos observations diverses considérations qui permettront au praticien de faire un diagnostic dans le plus grand nombre des cas.

1° DIAGNOSTIC AVEC LA TUBERCULOSE CHRONIQUE

La pneumonie chronique ne dépasse guère le troisième mois après l'éruption ; au delà de cette époque, elle s'est résolue ou bien elle s'est terminée fatalement ; le plus souvent elle ne va pas au delà du deuxième mois ; alors l'enfant se rétablit ou succombe ; la tuberculose dure davantage, elle a un caractère plus chronique. Les râles, dans la pneumonie, finissent en général par s'accompagner à un moment donné de souffle siégeant surtout vers les bases ; dans la tuberculose, le souffle est plus rare et, lorsqu'il existe, il siége de préférence vers les parties supérieures du poumon.

Il est cependant des cas où une caverne peut exister vers le lobe inférieur ; mais alors d'autres signes viendront avec le diagnostic. C'est ainsi que dans la tuberculose des enfants, les ganglions sont souvent hypertrophiés, indurés, de même que les ganglions bronchiques ; il n'en est pas de même dans la pneumonie chronique.

Dans la pneumonie de la rougeole, la température présente des maxima élevés, 39° à 40°, et d'une manière assez continue ; dans la tuberculisation, la température peut aussi avoir

certain maxima élevés vers le soir, mais le matin, la température descend à la normale ; elle présente des oscillations plus variables que dans la pneumonie chronique. Ainsi donc, la marche de la température peut en un certain moment venir en aide pour le diagnostic. De même l'amaigrissement est en général plus accusé dans la tuberculose que dans la pneumonie chronique.

2° DILATATION BRONCHIQUE

Ici le diagnostic est plus difficile, le plus souvent même impossible ; cependant les lésions des dilatations bronchiques siègent presque toujours, ou bien vers les sommets du poumon, ou bien vers sa racine, tandis que les signes appartenant à la pneumonie morbilleuse s'entendent surtout aux bases.

De plus, à cette période où il y a du souffle, la pneumonie s'accompagne de phénomènes fébriles qui peuvent être irréguliers, mais que l'on reconnaîtra à l'examen thermométrique.

3° PLEURÉSIE PURULENTE

Il arrive, dans certains cas, qu'il existe après la rougeole une pleurésie purulente avec fausses membranes et une pneumonie chronique. Dans ces cas, il est souvent difficile de distinguer ces deux lésions.

Toutefois, on devra remarquer que souvent ici la pleurésie est enkystée, qu'elle siège d'un seul côté et que la matité est plus considérable que dans la pneumonie. Il pourra se faire que l'on n'entende plus ou que l'on entende au loin le murmure vésiculaire ; mais dans d'autres points du poumon, on consta-

tera la présence de râles assez fins et à bulles nombreuses, sans matité bien considérable. Toutefois, la pleurésie purulente peut exister seule, ce qui est très rare. Dans ces cas, le siège de la matité, la résistance sous le doigt, la température, sont autant d'éléments qui doivent faire songer à l'existence d'une pleurésie. D'ailleurs, la pleurésie est beaucoup plus rare que la pneumonie et, quand elle existe, elle coïncide souvent avec celle-ci.

4° CATARRHE PULMONAIRE

Chez certains enfants, et surtout chez les scrofuleux et les rachitiques, on voit souvent des bronchites durer longtemps et s'accompagner même de diarrhée et de phénomènes cachectiques. Ici, dans les cas de catarrhe, les râles sont disséminés, sous-crépitants, à bulles moyennes, et il arrive rarement qu'ils soient plus nombreux en certains points que dans d'autres.

Dans la pneumonie, au contraire, ils peuvent être plus ou moins généralisés, mais ils sont plus nombreux, à bulles plus fines en certains points, surtout vers les bases.

D'ailleurs, la température, qui offre des taux assez élevés dans la pneumonie, ne présente point ce caractère dans le catarrhe pneumonitique des enfants ; il est bon toutefois d'examiner le malade pendant plusieurs jours, afin de voir quelles sont les variations thermométriques, attendu que dans la pneumonie, il existe des minima qui peuvent se prolonger pendant plusieurs jours.

Nous croyons devoir apporter à l'appui de ces propositions, deux observations recueillies par nous et M. Malzac, l'une en ville, l'autre dans le service de M. le docteur Baumel, à l'hôpital général.

OBSERVATION V

M... C... âgée de 6 ans, non assistée, a eu la rougeole le 17 novembre 1892.

Sa rougeole n'a présenté aucun caractère de gravité ; l'éruption assez faible a disparu en peu de jours. A cette époque elle a eu de la bronchite, du catarrhe oculaire et nasal ; tous ces symptômes se sont amendés assez rapidement et le premier décembre la malade était en pleine convalescence.

Cependant elle toussait toujours, son appétit diminuait et le 18 décembre, époque à laquelle elle s'est trouvée assez fatiguée pour qu'on soit obligé de lui faire garder le lit, elle avait beaucoup maigri.

Le 20 décembre, l'enfant est très amaigrie, elle présente une physionomie tuberculeuse, cachectique, et la première idée qui s'impose à l'esprit en la voyant, est qu'on a affaire à des tubercules pulmonaires.

La température prise ce jour, ainsi que les jours suivants, n'a jusqu'à l'heure de la mort jamais dépassé 38°.

A l'auscultation on entend la respiration soufflante à gauche dans la fosse sous-épineuse ; en même temps on constate la présence de râles sous-crépitants des deux côtés de la poitrine. A la percussion il existe une légère submatité du côté gauche.

21 décembre. — L'enfant continue à tousser ; elle a vomi deux fois dans la nuit. Selles rares et difficiles.

22 décembre. — La malade est assoupie ; elle refuse de répondre aux questions qu'on lui pose, se plaint de la tête, la lumière la fatigue.

Elle maigrit de plus en plus, et les personnes qui la soignent ont beaucoup de peine à lui faire boire même de la tisane.

23 décembre. — Même état.

24 — — —

25 — — —

26 décembre. — Le souffle est toujours intense ; râles sous-
crépitaux des deux côtés de la poitrine.

Le 27 décembre, la somnolence est difficile à vaincre, le sommeil est agité.

La bouche est sèche, la langue est semblable à celle d'un dothiéntérique ; le pouls, qui s'était élevé jusqu'à 142 dans les premiers jours, descend à 120.

Enfin la malade s'éteint le 3 janvier, dans un état d'amaigrissement extrême. L'autopsie dans ce cas n'a pu être faite ; nous sommes convaincu qu'elle n'eût donné lieu à la découverte d'aucune lésion tuberculeuse.

OBSERVATION VI

Escourbrac (Achille), âgé de 4 ans, est entré, le 20 février 1893, à l'hôpital général, dans le service de M. le docteur Baumel.

Cet enfant a eu la rougeole il y a un mois et demi : depuis cette époque, quoique guéri en apparence, il a continué à tousser et a beaucoup maigri. Depuis 8 jours, son état s'est aggravé ; la toux est devenue assez violente pour que les parents inquiets se soient décidés à le faire entrer à l'hôpital.

La température prise ce jour même, est 38°3 ; depuis, cette température, dont nous donnons d'ailleurs la courbe à la fin

de ce travail, s'est presque toujours maintenue entre 38° et 39°.

Le malade, très oppressé, a beaucoup de peine à respirer :
R. 48.

A l'auscultation, on découvre un foyer de pneumonie à gauche ; la respiration est soufflante dans la fosse sous-épineuse, et jusque sous l'aisselle ; on entend des râles sous-crépitaux des deux côtés de la poitrine.

Les jours suivants, l'état du malade reste sensiblement le même ; il maigrit de plus en plus, est somnolent, et prend très difficilement le lait, le bouillon, la tisane et le sirop de Tolu ordonnés par M. le docteur Baumel.

A partir du 12 Mars, son état s'aggrave beaucoup, il est difficile de le faire sortir de l'état de somnolence dans lequel il est plongé ; il ne boit presque rien, a l'air d'être incommodé par la lumière, et de plus urine sous lui. Les selles sont rares, comme dans l'observation précédente. La langue est sèche.

Le 15 mars, l'amaigrissement est extrême, la somnolence persiste ; le malade continue à uriner au lit.

Le 17 mars, l'état général est toujours excessivement grave.

A l'auscultation, on entend des craquements peu nets au sommet en arrière à gauche ; la percussion donne un peu de matité en arrière à droite.

A ce moment, la langue, toujours comme dans l'observation précédente, est rôtie, fendillée, comme on l'observe dans la fièvre typhoïde.

Le malade est toujours constipé.

Le 18 mars au matin, la famille de cet enfant a voulu l'emmener ; nous avons appris depuis qu'il avait succombé chez lui le 21 mars.

Nous pouvons joindre à ces deux observations un cas de M. Serre.

Il a vu survenir, chez un de ses jeunes malades, après une rougeole normale, une broncho-pneumonie chronique qui affecte la même marche et les mêmes symptômes que dans les deux cas que nous venons de citer.

Les deux observations précédentes n'apportent, il est vrai, aucune preuve nouvelle à l'appui de la thèse que nous soutenons. Elles nous paraissent intéressantes cependant à plus d'un point de vue.

Dans toutes deux il est indiscutable que la toux s'est continuée depuis l'affection morbillieuse; l'amaigrissement date de la même époque.

Il est donc probable que la pneumonie secondaire est sous la dépendance de la maladie première. La rougeole, après s'être localisée sur la peau et les muqueuses, s'est localisée sur les poumons, et a déterminé là une pneumonie spéciale à forme lente qui a gêné les fonctions respiratoires, a anémié l'enfant, et l'a réduit à un état d'amaigrissement tel qu'on aurait pu le prendre pour un tuberculeux.

De plus, dans l'observation V, la température n'a jamais atteint 38°.

= Or la fièvre est la règle dans la pneumonie tuberculeuse.

Enfin nous attirons spécialement l'attention sur l'état de la langue des deux malades qui sont l'objet de nos observations V et VI. Cette langue rôtie, fendillée, ces dents fuligineuses ne semblent-elles pas indiquer une maladie infectieuse? Et si cette opinion est admise, ne tendrait-elle pas à démontrer que cette broncho-pneumonie secondaire et non tuberculeuse est une suite de l'infection rubéolique?

Nous croyons donc pouvoir conclure avec M. Carret : qu'il existe une forme de pneumonie chronique rubéolique qui peut

en imposer pour la tuberculose ; que cette pneumonie offre des caractères anatomo-pathologiques et des caractères cliniques qui sont les suivants :

1° La pneumonie est lobaire ; dans ce cas, elle présente une teinte d'un jaune blanchâtre dans les parties anciennement hépatisées. Il existe encore des points de pneumonies vésiculaires plus ou moins confluent qui sont disséminés au milieu d'un tissu rouge.

2° Cette pneumonie arrivée à la dernière période présente ce caractère que la température est essentiellement variable, oscillante, tout en conservant les exaspérations vespérines. La chaleur est assez considérable : 40° le soir, 39° le matin dans la plupart des cas ; vers la fin, la température et le pouls baissent, alors que la maladie est sur le point de se terminer par la mort ; il y a une certaine dépression, collapsus, où température et pouls tombent à 38 et 37°8. D'ailleurs, ce fait est loin d'être rare dans les pneumonies chroniques des enfants.

§ III

Nous terminerons ce chapitre par quelques considérations sur la récurrence dans la rougeole. Quelques faits nouveaux recueillis pendant l'épidémie de Montpellier trouveront ici leur place.

La plupart des auteurs distinguent les récurrences à courte échéance ou rechutes qui dépendent d'une seule et même infection et les récurrences à longue échéance ou proprement dites, qu'il est impossible d'expliquer autrement que par une nouvelle atteinte de la maladie.

Les premières, sans être très fréquentes, ont été citées déjà

un certain nombre de fois ; elles se produisent alors d'ordinaire dans le mois qui suit la première atteinte.

Dans les cas rapportés jusqu'ici, ces rechutes se produisent après des formes légères et peuvent parfois prendre un réel caractère de gravité.

Nous avons pu observer un cas de ce genre, dans le service de M. le docteur Baumel.

Un mois après une rougeole légère, en pleine convalescence, une nouvelle éruption très confluyente de rougeole s'est déclarée chez le même malade ; cette rechute n'a pas eu plus de gravité que la maladie première.

Nous devons à l'obligeance de M. le docteur Serre, de pouvoir en citer un autre cas observé par lui.

Dans ce cas, également, la rechute parfaitement nette a été bénigne.

Un troisième cas, en tout semblable aux deux précédents, a encore été observé à Montpellier.

La récurrence proprement dite est extrêmement rare ; l'immunité est la règle.

Morton disait déjà au XVII^e siècle : « *Nunquam in tota mea praxi novi quemquam præter unum puerum secunda vice hoc morbo corruptum.* » De nos jours, cette récurrence est aussi rare ; cependant elle est indéniable et nous en avons vu un cas remarquable dans le service de M. le docteur Baumel.

Elie Nougaret, âgé de 5 ans 1/2, est entré à l'hôpital le 29 janvier 1893.

Il y a 2 ans il a déjà été traité dans le même service pour une rougeole très nette.

A sa nouvelle entrée à l'hôpital, cet enfant, malade depuis plusieurs jours, présente une éruption caractéristique ; les yeux sont larmoyants, le nez enchifrené. Il présente quelques signes

de bronchite. Pendant quelques jours, son état reste stationnaire.

Mais bientôt, la fièvre qui a toujours été légère cesse au moment où l'éruption disparaît et le malade est promptement rétabli.

CHAPITRE IV

TRAITEMENT

Il est certain que jusqu'à présent nous n'avons aucun moyen d'enrayer la rougeole ou d'abrégér sa durée. Par conséquent, lorsqu'elle suit son cours normal et régulier, elle ne demande pas de traitement spécial.

Seules, les complications qui peuvent en rendre le pronostic douteux doivent être combattues par le médecin.

Les soins à donner aux malades atteints de rougeole sont donc plutôt du domaine de l'hygiène que de celui de la thérapeutique. Parmi ces premiers soins, il faut comprendre l'alimentation ; le plus souvent possible, les petits malades doivent prendre du lait, du bouillon ou de la tisane ; on peut y ajouter un looch blanc ou du sirop de Tolu.

La pièce dans laquelle doit séjourner le malade doit être vaste et aérée, surtout si elle doit en contenir plusieurs. La température de cette salle doit toujours être égale, ni trop élevée, ni trop abaissée (17 à 18 degrés).

On comprend facilement l'importance de cette égalité de température lorsqu'on songe à l'impressionnabilité des bronches des enfants atteints de rougeole.

Quant aux soins de propreté, non-seulement on ne doit pas les refuser, mais encore on doit les conseiller en recommandant de

prendre toutes les précautions possibles pour ne pas refroidir les malades.

On peut arriver à ce résultat en se servant d'eau tiède, qu'on essuie vivement avec un linge chauffé.

C'est grâce à ce traitement que M. le D^r Baumel, malgré l'état défectueux et peu hygiénique des salles d'isolement mises à sa disposition, n'a eu à déplorer que deux décès parmi les malades traités par lui à l'Hôpital général.

Il nous reste à parler des moyens de préserver les enfants sains de la contagion.

C'est en quoi consiste le traitement prophylactique de la rougeole.

Le seul traitement à employer est un isolement sévère des malades atteints ; plusieurs auteurs affirment par ce moyen être parvenus à garantir de la contagion des familles entières pendant une épidémie qui avait atteint presque tous les enfants de la ville qu'ils habitaient.

Cependant depuis qu'il est prouvé que la rougeole se transmet pendant les prodromes, à un moment où les enfants n'étant pas encore malades ne peuvent être isolés, ce traitement a beaucoup perdu de sa valeur.

Il n'en reste pas moins acquis que, grâce à lui, on peut empêcher l'épidémie de prendre le développement qu'elle aurait si on supprimait l'isolement.

Il est fort probable que sans les mesures sévères prises à l'hôpital général par M. le D^r Baumel le nombre des cas eût été beaucoup plus considérable.

C'est enfin à un isolement sévère pratiqué 20 jours encore après la guérison, que M. le D^r Espagne doit d'avoir limité à quatre les cas de rougeole à l'établissement des orphelins.

Nous pensons donc qu'en tout état de cause l'isolement doit

être établi dès l'apparition de la rougeole puisque seul il peut enrayer la propagation de la maladie.

Nous n'avons pas de conclusions générales à tirer de notre travail.

Chaque fois qu'un fait particulier a attiré notre attention nous l'avons fait suivre des observations prises et des réflexions inspirées.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER
Montpellier le 22 avril 1893.
Pour le Recteur :
L'INSPECTEUR D'ACADÉMIE DÉLÉGUÉ
J. YON.

VU ET APPROUVÉ :
Montpellier le 21 avril 1893.
Pour le Doyen :
L'assesseur,
CARRIEU.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

Courbe d'Escourtrac (Achille) Ch. VI.



